



Svenska Kommun
Försäkrings AB

Skadeanmälan skickas till: **Crawford & Co/Kommun olycksfall**

Box 6044
171 06 SOLNA

E-postadress: olycksfall@crawco.se

Telefon: 010-410 7106

Fax: 08-124 459 49

Skadeanmälan Kollektiv Olycksfallsförsäkring för elever mfl.

Den skadades namn:

Efternamn	Förnamn	Personnummer	
Adress		Postnummer	Postort
Telefonnummer	Mobilnummer		E-mail
Skolan/Förskolan/verksamhetens namn		Telefon	

Beskrivning av händelsen:

Skadedatum	Klockslag för olycksfallet	
När inträffade olycksfallet:		
På väg till/från verksamheten	i verksamheten	På fritiden
Vid trafikolycka, ange Fordonets regnr:		Försäkringsbolag:
Vilka kroppsskador har du ådragit dig på grund av olycksfallet?		
Beskriv tydligt hur olycksfallet gick till		

När och var anlätades läkare?			
Läkarens namn och adress			
Inlagd på sjukhus	Från datum	Till datum	
Behandlas du fortfarande?	Ja	Nej	
Befaras framtida men?	Ja	Nej	Vet ej
Om "Ja", vilken typ?			

Har skadad kroppsdel tidigare varit utsatt för skada eller sjukdom?	Ja	Nej	Om "Ja", datum:
Anlitades läkare?	Ja	Nej	

Eventuell ersättning utbetalas till:

Namn om annan betalningsmottagare än den försäkrade			
Bankens namn	Bankgiro		Plusgiro
Clearingnummer	Kontonummer		
Berörs annan försäkring?	Ja	Om ja, vilket bolag?	Vilken typ av försäkring?
	Nej		Sjuk-/Olycksfall Annan
Har anmälan gjorts till annat försäkringsbolag?	Ja	Om ja, vilket bolag?	Skadenummer
	Nej		

Ersättningsanspråk Obs! Bifoga kvitton i original**Belopp**

	Summa

Skolskjuts

Behov av taxi till och från skolan p.g.a. olycksfall skall vara styrkt med ett intyg från behandlande läkare. Av intyget skall framgå under vilken tid taxi ordinerats. Innan taxiresorna till och från skolan beställs, skall Crawford & Co kontaktas för bekräftelse. Efter bekräftelse från Crawford & Co kan beställning av taxiresor göras.

Fullmakt

Fullmakt för Crawford & Co att i mitt ställe från Försäkringskassan återkräva ev. ersättning för sjukvårdskostnader i EU/EES och andra länder.

Obligatorisk underskrift

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande

Skadeanmälan skickas till:

Crawford & Co/ Kommun Olycksfall
Box 6044
171 06 SOLNA
E-post: skfab.olycksfall@crowco.se
Telefon: 08-508 299 26
Fax: 08-124 459 49

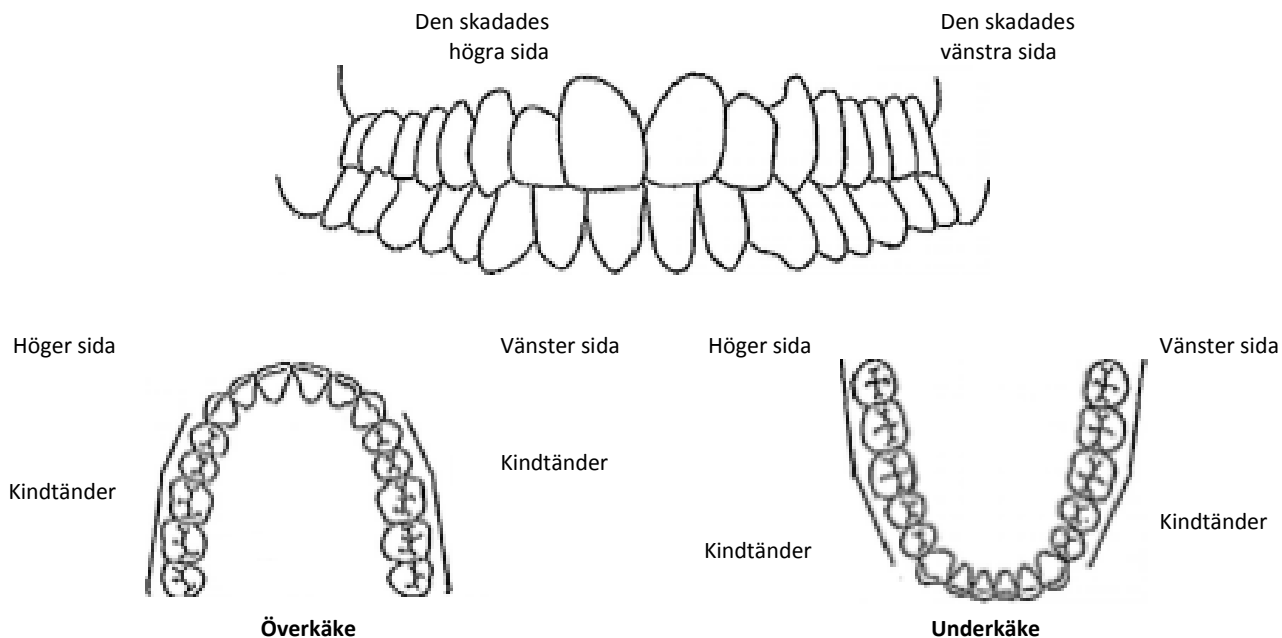
Bilaga till skadeanmälan vid tandskada

Kollektiv olycksfallsförsäkring för kommun	
Personnummer	Skadedatum
Efternamn och förnamn	

MARKERA NEDAN VILKA TÄNDER SOM SKADATS. GLÖM INTE ATT KRYSSA I MJÖLKTÄNDER/ PERMANENTA TÄNDER

OBS! Intyg från tandläkare behövs INTE. Kryssa själv i på bilden vilka tänder som blivit skadade.

- Mjölktänder
- Permanenta tänder



Ort och datum	Underskrift
Målsman/vårdnadshavare om minderårig	Namnförtydligande